

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院1

問診票 210mm×148mm (A5) 2枚表・裏

## オモテ

**問 診 票**

調査表記載内容についての秘密は厳守されます。 年 月 日

カルテNo. \_\_\_\_\_

フリガナ 氏 名	生年月日	M T S H	年 月 日	自宅電話
現 住 所 〒	-			
会社名又は 学校名	会社 学校電話	紹介者名		
当院に来たのは?	初めて 前にも来たことがある			
来 院 の 理 由	現在痛む 時々痛む (おさえると痛む じっとしていても痛む 物がつまると痛む) ・痛み (ある (冷たいものがしみる 熱いものがしみる 目前から なし) ・つめていたものがとれた ・治療途中 ・入れ歯 (製作日 前) ・その他 ( )			
次の病気がかかったこと がありますか?	心臓病・卒中・血圧( / ) (高・低・ふつう) ・血液障害又は貧血 リウマチ熱・関節炎・結核・喘息・肝臓病 (肝炎・黄症) ・腎臓病・胃潰瘍 糖尿病・蓄膿症・てんかん・自律神経失調症・その他			
現在、内科的、外科的に 治療又は検査を受けてい ますか?	はい ( 病院名 _____ 拒当医 _____ 治療の種類 _____ 種別 _____ 注射 している していない )  いいえ			
現在、次のいずれかを 内服していますか?	抗生物質又はサルファ剤・抗凝固剤・降圧剤・副腎皮質ホルモン・コーチゾン トランクワイザー・抗ヒスタミン剤・インシュリン・心臓薬・その他			
注意しなければならない 薬がありますか?	はい ( 系 )  いいえ			
薬によるアレルギーが 出たことがありますか?	ある ( かぜ薬 胃薬 痛み止め その他 _____ )  ない			
歯の注射 (麻酔) をうけ たことがありますか?	ある ない			
血が止まりにくかったり 気分が悪くなったことが ありますか?	ある ( 血が止まらなかった )  ない ( 気分が悪くなった )			
女性のみお答え下さい	生理は順調ですか はい いいえ その他 現在妊娠していますか はい (予定日 月 日)  いいえ			
その他、注意しているこ と又は、希望があれば 御記入下さい。				

判子歯科医院 ☎000-0000

## ウラ

計 画 欄

月 日	部 位	療 法 処 置	診 療 費	受 領	サイン
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 2

歯科技工指示書 128mm×182mm (B6) 2枚綴り

## 1枚目:医院控

歯科技工指示書		医院控	
医院名		担当医	
注文日	年 月 日		
納品日	年 月 日 曜 時 分		
患者名	男・女 才		
自・保	試適・完成	連結・単独	シエード
品目	MB・HR・FCK・HB・In・コア・その他( )		
使用材料	ゴールド・パラ・ミロ・ニッケル・コバルトクロム		
預り品	対合歯・バイト・トレー・その他( )		
87654321   12345678 87654321   12345678			
<b>Hanko Dental Laboratory</b> 〒000-0000 東京都台西区上野0-0-000 TEL/FAX 000-000-0000 Mail : hanko@ark.ocn.ne.jp			

## 2枚目:歯科技工指示書

歯科技工指示書			
医院名		担当医	
注文日	年 月 日		
納品日	年 月 日 曜 時 分		
患者名	男・女 才		
自・保	試適・完成	連結・単独	シエード
品目	MB・HR・FCK・HB・In・コア・その他( )		
使用材料	ゴールド・パラ・ミロ・ニッケル・コバルトクロム		
預り品	対合歯・バイト・トレー・その他( )		
87654321   12345678 87654321   12345678			
<b>Hanko Dental Laboratory</b> 〒000-0000 東京都台西区上野0-0-000 TEL/FAX 000-000-0000 Mail : hanko@ark.ocn.ne.jp			

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 3

診療申込書 182mm×257mm (B5) 2枚表・裏

## オモテ

診療申込書 (追加・変更)					
申込日		年	月	日	No.
氏名	(男・女)			生年月日	M-T S-H 年 月 日
住所	〒		電話	( )	
診療計画	会計内訳	消費税込金額	お支払日・金額	受付	
+					
+					
+					
合計					
ご署名	担当医				
お支払い方法	現金・クレジットカード・( )				
【ご署名】 ごめんどうでも上記治療についての承認のご署名をお願いいたします。 治療途中で治療計画に変更がある場合には、医師より説明のうえ新たに申込書を作成いたします。					
判子歯科 (000) 000-0000					

## ウラ

月日	部 位	療 法 ・ 処 置	
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		
/	+		

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 4

## 歯科技工作成指示書

128mm×182mm (B6) 2枚綴り

1枚目：歯科技工作成指示書 (控)

歯科技工作成指示書 (控)			
発注先		担当	男 女 歳
発行年月日	平成 年 月 日		患者名    様
試適日時	月 日 時		
試適日時	月 日 時		
完成日時	月 日 時		
補綴物種類	使用材料	連結・単独	
設計・作製方法			
			
<b>H・D・L</b> 〒000-0000 東京都台西区上野 0-0-0-000 TEL・FAX 000-000-0000			

2枚目：歯科技工作成指示書

歯科技工作成指示書			
発注先		担当	男 女 歳
発行年月日	平成 年 月 日		患者名    様
試適日時	月 日 時		
試適日時	月 日 時		
完成日時	月 日 時		
補綴物種類	使用材料	連結・単独	
設計・作製方法			
			
<b>H・D・L</b> 〒000-0000 東京都台西区上野 0-0-0-000 TEL・FAX 000-000-0000			

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 5

訪問歯科実績報告書

148mm×210mm (A5)

## 訪問歯科実績報告書

施設名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

施設承認

印

お名前	内容	処置時間	担当者
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	
	治療 ケア	実績 : ~ :	

ハンコデンタルクリニック 〒000-0000 東京都台東区上野0-0-000 TEL 000-000-0000

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 6

金額提示書

148mm×105mm (A6)

2枚綴り

1枚目: (控)

	(控) 平成 年 月 日
_____様	
次回診療時に、 _____	が入ります。
次回にお支払い頂く金額は、 税込 _____	円です。
<b>はんこ歯科</b> 判子太郎 〒000-0000 東京都台西区上野0-0-0-000 TEL・FAX 000-000-0000	

2枚目

	平成 年 月 日
_____様	
次回診療時に、 _____	が入ります。
次回にお支払い頂く金額は、 税込 _____	円です。
<b>はんこ歯科</b> 判子太郎 〒000-0000 東京都台西区上野0-0-0-000 TEL・FAX 000-000-0000	

縮尺100%

# 伝票デザイン参考見本 歯科医院 7

診療情報提供書

210mm×297mm (A4)

2枚綴り

## 1枚目:診療情報提供書

市・町・村		診療情報提供書	
病院・医院			
先生 御机下			
		平成 年 月 日	
冠省、日頃大変お世話になっております。			
当院で検査・治療致しました患者さんの診療情報を提供申し上げます。			
よろしくお願ひ申し上げます。			
医療機関の所在地及び名称	〒000-0000	東京都台西区上野0-0-0000	判子歯科医院
			判子太郎
			Tel (000)000-0000
			Fax (000)000-0000
患者氏名	性別 男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 才 月)		
	職業		
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
検査結果及び症状・治療経過			
現在の処方			
備 考			

## 2枚目:受信者用

市・町・村		診療情報提供書		受診者用
病院・医院				
先生 御机下				
		平成 年 月 日		
冠省、日頃大変お世話になっております。				
当院で検査・治療致しました患者さんの診療情報を提供申し上げます。				
よろしくお願ひ申し上げます。				
医療機関の所在地及び名称	〒000-0000	東京都台西区上野0-0-0000	判子歯科医院	
			判子太郎	
			Tel (000)000-0000	
			Fax (000)000-0000	
患者氏名	性別 男・女			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 才 月)			
	職業			
傷病名				
紹介目的				
既往歴及び家族歴				
検査結果及び症状・治療経過				
現在の処方				
備 考				